

DR SUZANNE GEISMAR

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



Du rhumatisme polyarticulaire
chronique
déformant syphilitique



PARIS

IMPRIMERIE C. PAILHÉ

7, rue Darcet, 7

—
1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA SOEUR & A MON BEAU-FRÈRE

qui les ont remplacés auprès de moi,
j'exprime ici toute ma gratitude
et ma profonde affection :: :: ::

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

GEORGES ULMANN

ÉTUDIANT EN MÉDECINE

MORT POUR LA FRANCE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur KIRMISSON.

Monsieur le Professeur MARFAN.

Monsieur le Professeur WAQUEZ.

Monsieur le Professeur BAR.

Monsieur le Docteur DESMAREST.

Monsieur le Docteur SICARD.

Monsieur le Docteur LAUBRY.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POUCHET

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

*A qui je dois un précieux enseignement
clinique donné avec simplicité et bien-
veillance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

Du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant syphilitique

Sous le nom de rhumatisme chronique, on a longtemps englobé les affections les plus diverses, parmi lesquelles la « podagre » des anciens tenait une large place.

Déjà au XVIII^e siècle, un médecin français, Baillou, avait entrevu que la goutte et le rhumatisme chronique, n'étaient pas une seule et même maladie. Mais, ce n'est qu'en 1800 que paraît une monographie du rhumatisme chronique; à cette époque Landré-Beauvais, élève de Pinel, isole une forme de rhumatisme chronique se développant chez des malades n'ayant jamais présenté de crise goutteuse, il l'appelle « goutte asthénique primitive ».

Chez ces mêmes malades, Héberden signale la présence de nodosités au niveau de la dernière phalange. Dans les œuvres de Sydenham, traduites par Jouault en 1816, on voit l'auteur anglais séparer nettement la goutte d'avec le rhumatisme chronique apyrétique; Sydenham souligne les principales caractéristiques du rhumatisme chronique :
« il arrive aussi quelquefois que les douleurs, après avoir
« duré longtemps et s'être fait sentir cruellement, cessent
« enfin d'elles-mêmes. Toutefois, les articulations affectées
« demeurent entièrement privées de mouvement, les
« jointures des doigts sont pour ainsi dire renversées et,
« il y a, comme dans la goutte, des nodosités surtout du

« côté interne des doigts; du reste l'appétit est bon et le
« malade se porte bien ».

Description nette des articulations subluxées : présence de nodosités, douleurs et indolence, limitation des mouvements pouvant aller jusqu'à l'ankylose — et pourtant, on lit cette appréciation de Sydenham : « le malade se porte bien d'ailleurs ». C'est en effet, ce que nous constatons chez ces malades dont l'état général est le plus souvent satisfaisant, jusqu'au moment où surviennent les grosses déformations.

Haygarth, Garrod recherchent dans les nodosités signalées par Héberden, la présence d'urate de soude; ils ne trouvent que des lésions d'arthrite sèche; cela n'empêche pas Garrod de continuer à qualifier le rhumatisme chronique de « rhumatisme goutteux »; ce n'est que dans la deuxième édition de ses œuvres, qu'il donne au rhumatisme chronique le nom de « polyarthrite rhumatoïde ».

Charcot, Trastour, dans leurs thèses inaugurales en 1853, Vidal, Plaisance, Lasègue continuent d'étudier les symptômes, l'anatomie pathologique et le traitement du rhumatisme goutteux.

Lasègue, en 1852, alors qu'il était chef de clinique de Trousseau, eut l'idée d'employer l'iode dans le traitement du rhumatisme chronique avec des résultats satisfaisants que signale Trousseau. Noël Gueneau de Mussy prescrit l'arsenic.

A ce moment le rhumatisme chronique avait conquis droit de cité, sous le nom de rhumatisme chronique primitif. Virchow le nomme arthrite déformante. Trousseau

en donne dans ses cliniques des descriptions parfaites sous le nom de rhumatisme noueux.

A cette époque, des cas avaient été isolés qui succédaient à des poussées de rhumatisme articulaire aigu, à la blennorrhagie, à une maladie aiguë, comme la scarlatine, par exemple, et évoluaient vers la chronicité; il restait donc à classer les cas de rhumatisme chronique d'emblée. Max Schuller, en 1894, avait cru découvrir un microbe arthropathogène, mais ses expériences n'ont pu être reproduites.

Trousseau, Peter, Gueneau de Mussy, Cornil, Bonnet, Fuller, Gubler, remarquent la fréquence des rhumatismes chez les scrofuleux.

Barjon, en 1897, dans sa thèse inaugurale, signale le rhumatisme chronique comme une manifestation d'une tuberculose atténuée chez des tuberculeux et fils de tuberculeux.

De là, à faire de la polyarthrite déformante un rhumatisme tuberculeux, il n'y eut qu'un pas.

Avec Poncet naît, en 1897, le rhumatisme tuberculeux.

L'arthritisme devait, avec toutes ses inconnues, être invoqué pour expliquer ces lésions mystérieuses qu'étaient les fluxions articulaires survenant chez des individus ayant présenté auparavant des migraines, de l'asthme, de l'eczéma, etc... Cornil, dans un mémoire lu à la Société de Biologie en 1854, avait signalé les « coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique ».

Cette notion d'arthritisme n'a cessé de couvrir un certain nombre de cas de rhumatismes chroniques à étiologie vague.

Nous retrouvons ces formes, sous le nom de rhumatisme d'intoxication dans la classification des Professeurs J. Tessier et Roques, du *Traité de Médecine* de Gilbert et Carnot; il comprend une série de manifestations articulaires et peri-articulaires d'origine diathésique, auto et hétérotoxique.

Un troisième groupe de la classification des Professeurs J. Tessier et Roques, est le rhumatisme chronique déformant progressif, dont ils disent, dans un article de J. Tessier et Mayet, paru dans le *Bulletin médical* en avril 1922. « C'est une maladie de misère dont l'élément « provocateur évident est le froid humide, *celui-ci masque* « *vraisemblablement une cause occulte, une infection atténuée* « *latente*, peut-être une infection tuberculeuse d'allure « spéciale (paratuberculose) très différente de ce que nous « sommes habitués à désigner sous le nom de tuberculose. « Cette infection encore anonyme laisse à la maladie une « physionomie toute spéciale et le syndrome rhumatismal « prend une unité qui lui donne l'aspect d'une entité « morbide bien isolée. Cette unité clinique se retrouve « quelle que soit la forme symptomatique considérée; « les variétés cliniques de ce groupe sont la forme poly- « articulaire, les formes mono et oligo articulaires et la « forme vertébrale particulièrement bien étudiée par les « Professeurs Pierre Marie et André Léri ».

Le dernier groupe est constitué par les rhumatismes chroniques d'infection qui comprennent le rhumatisme chronique succédant à une crise de polyarthrite fébrile et tous ceux qui procèdent d'une infection évidente.

Notre thèse ayant pour objet de montrer qu'il faut

réserver à la syphilis une part importante dans l'étiologie du rhumatisme polyarticulaire chronique progressif, nous limiterons notre étude aux cas où la syphilis pourra être valablement invoquée.

Ces cas présentent tous un cachet spécial permettant de les diagnostiquer cliniquement; notre maître, Dufour, en a donné une description morphologique succincte dans une de ses communications.

Nous rappellerons que déjà en 1896, un médecin anglais, Still, décrivait, devant la Société Royale de Médecine, un gonflement articulaire chronique, associé à une hypertrophie générale des ganglions et de la rate. La maladie débute le plus souvent entre la première et la seconde dentition. Elle peut avoir un début aigu avec une fièvre forte, comme dans le rhumatisme inflammatoire; *mais, en général, le début est insidieux*. Il y a épaississement général des tissus qui environnent les jointures sans irrégularité osseuse, gonflement ostéophytique. Les autopsies montrent des lésions inflammatoires autour de l'articulation, épaississement capsulaire, parfois adhérences intra articulaires, sans lésions osseuses ni cartilagineuses. Douleur et rougeur des jointures, sans tendance à la suppuration.

Still signale que le gonflement lymphatique et splénique est très important et que les glandes les plus affectées sont surtout les épithrochléennes, les axillaires et les cervicales. Elles sont isolées, non douloureuses et *n'accusent aucune tendance à s'ouvrir*. La rate est grosse, souvent palpable sans présenter de lésions microscopiques.

Il y a souvent anémie, mais pas d'endocardite, ni de lésions valvulaires. Pour Still, l'étiologie reste obscure.

Il n'a pas conclu à une infection bacillaire; pouvons-nous, dans un certain nombre de ces cas cliniques, conclure à une manifestation articulaire de la syphilis héréditaire?

Cette grosse rate et ces ganglions hypertrophiés ne seraient-ils pas, chez de jeunes enfants, la marque de l'infection syphilitique?

Pas de tendance à la suppuration, autre raison de penser qu'il ne s'agit pas là de tuberculose.

OBSERVATION I. — En 1903, observation de M. le Docteur Méry, médecin de l'Hôpital des Enfants Malades; il s'agit d'une fillette de sept ans présentant du rhumatisme déformant des petites articulations (doigts et rachis) et des manifestations oculaires (iritis chorio-rétinite). Le résultat du traitement spécifique institué a été douteux.

A propos de ce cas, M. le D^r Méry disait :

« La syphilis héréditaire peut donner lieu à des manifestations du côté des articulations, soit sous la forme d'arthralgies, d'hyarthroses ou d'ostéopathies chroniques. »

En mai 1906, Haushalter, de Nancy, signale à la Société de Médecine de Nancy deux cas de rhumatisme chronique déformant chez les enfants et qu'il suppose de nature hérédo-syphilitique.

En mars 1913, au Congrès de la gynécologie de Lille, Le Fort, dans la section de pédiatrie attire l'attention sur les manifestations pseudo tuberculeuses de la syphilis héréditaire.

M. Charles Fouquet signale, le mois suivant, à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie le résultat favorable obtenu par le traitement spécifique dans un cas d'hydarthroses bi-latérales et symétriques multiples chez une jeune fille hérédo-syphilitique de 21 ans, à Wassermann positif.

OBSERVATIONS II, III, IV. — Le 12 mars 1915, notre maître, le docteur Dufour, présente trois sujets à la Société Médicale des Hôpitaux :

Le premier est une jeune femme de dix-neuf ans, mal réglée, atteinte depuis 1913 d'un rhumatisme chronique déformant à poussées successives. Elle a un rétrécissement mitral. La réaction de Wassermann est positive. Aucun signe de tuberculose.

La deuxième est une femme de cinquante-deux ans, soignée pendant six ans à Lariboisière. Son rhumatisme déformant a débuté en 1907. Elle souffre, est déformée et enkylosée. Les yeux présentent le signe d'Argyll-Robertson typique. La réaction de Wassermann est positive. Pas d'indice de tuberculose.

Le troisième, est un soldat d'une trentaine d'années, atteint, depuis l'âge de vingt-deux ans environ, de poussées douloureuses de rhumatisme chronique. A l'époque de la présentation même, la crise se manifestait surtout au niveau des doigts, après avoir intéressé les genoux. La réaction de Wassermann est positive. Cet homme, qui ne présente aucun signe de tuberculose, a dû être réformé.

OBSERVATIONS V, VI, VII, VIII. — Quatre autres observations sont rapportées brièvement par M. Dufour :

a) L., soldat réformé en 1915 pour rhumatisme déformant ayant débuté en 1900. Son père est hémiplégique; lui-même a de la leucoplasie buccale et la réaction de Wassermann est positive. Aucun signe de tuberculose.

b) G., quarante-deux ans, psoriasis avec arthropathies revêtant la forme typique de rhumatisme déformant. Réaction de Wassermann positive.

c) C., cinquante-quatre ans, rhumatisme chronique déformant depuis l'âge de vingt-six ans. Sept frères et sœurs décédés en bas âge. Réaction de Wassermann positive. Mort à l'hôpital Broussais; l'autopsie a été faite. Dans aucun organe nous n'avons trouvé trace de tuberculose.

d) M^{me} W..., soixante ans, rhumatisme déformant, Wassermann négatif. La maladie présente du vitiligo, récemment apparu. Elle est, de plus, atteinte d'aortite avec double souffle.

e) M^{me} A..., trente-huit ans, rhumatisme chronique déformant depuis l'âge de seize ans. Récemment est apparu du vitiligo. Réaction de Wassermann négative, le père de cette malade est mort après avoir présenté une maladie nerveuse douloureuse à type de tabès qui a évolué pendant de longs mois.

A la Société de pédiatrie, en janvier 1919, M. le D^r Méry médecin de l'hôpital des Enfants Malades, en collaboration avec M^{me} Genin, apportait une nouvelle observation.

OBSERVATION IX. — Il s'agissait d'un enfant dont les accidents articulaires avaient débuté à l'âge de six mois. Sont intéressés les coudes, les poignets, les genoux, les articulations tibio-tarsiennes et les doigts. Epanchement abondant aux genoux et Chorio-rétinite. Wassermann très positif.

M. le Dr Méry signale une amélioration relative à la suite du traitement.

Cuti réaction négative.

Le 29 juillet 1921, notre maître, le Docteur Dufour, et son interne R. Ravina présentaient un autre malade à la Société Médicale des Hôpitaux. C'était un homme de vingt-huit ans qui, d'ailleurs, niait toute spécificité.

L'observation est la suivante :

OBSERVATION X. — En 1915, poussées articulaires douloureuses généralisées avec fièvre. Ces poussées successives immobilisent le malade au lit pendant dix mois.

Au bout de ce temps, il commence à marcher, mais la main droite continue à se déformer lentement, jusqu'en 1917, en dépit de tentative de redressement des doigts.

Actuellement, les doigts sont en flexion forcée sur les métacarpiens et maintenus dans cette position par la rétraction des tendons fléchisseurs et par la subluxation des articulations métacarpo-phalangiennes.

Les phalanges, deuxième et troisième, ne sont pas fléchies sur les premières, ce qui différencie cette attitude de celle résultant d'une paralysie des nerfs médian et cubital

Les muscles intérosseux sont très atrophiés ainsi que ceux des éminences thénar et hypothénar.

A la radiographie, on note une décalcification très marquée des métacarpiens et des phalanges.

Les muscles du bras et de l'épaule sont également atrophiés dans leur ensemble. Le bras gauche, moins atteint, est très diminué dans sa musculature. Celle-ci est surtout touchée au niveau de la main, les doigts sont déviés en totalité vers le bord cubital.

Au niveau des membres inférieurs, l'atrophie musculaire est moins développée. Il existe un hallus valgus bilatéral prononcé.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés. Le signe de Babinski est négatif des deux côtés, mais on détermine, à droite et à gauche, de la trépidation épileptoïde.

Sauf les crises douloureuses articulaires, le malade ne présente aucun trouble de sensibilité.

A l'auscultation du cœur, on entend un souffle d'insuffisance aortique, dont l'apparition est peut-être contemporaine de la première poussée rhumatismale sans qu'on puisse l'affirmer.

Au cours de la discussion qui suivit cette présentation, M. le D^r Mercklen prit la parole en ces termes :

« Nous tenons à appuyer la manière de voir de M. Du-
« four. On rencontre, assez souvent des rhumatisants
« chroniques dont les antécédents pathologiques se bornent
« à la syphilis. N'y a-t-il là qu'une coïncidence? Nous ne
« le croyons pas, ce qui, bien entendu, ne veut pas dire

« qu'à nos yeux la syphilis résume à elle seule l'étiologie
« du rhumatisme chronique. Ce dernier constitue un
« syndrome; il y a lieu d'y isoler le rhumatisme chronique
« d'origine syphilitique, qui paraît assez fréquent.

« Nous pouvons citer le cas d'un officier, en proie
« à un rhumatisme progressif des pieds, des genoux et
« des mains, des coudes et de la colonne cervicale, qui
« n'a jamais eu d'autre affection que la syphilis. De même
« celui d'un homme de soixante ans, syphilitique, qui
« a souffert trois ans environ d'un rhumatisme généralisé
« par lequel il était presque immobilisé; fait intéressant,
« il s'est tout à fait guéri, moins, estimons-nous, sous
« l'influence des doses d'iodure absorbé et mercure
« injecté, que par l'effet de pratiques thermothérapiques
« externes à température fort élevée.

« Rien, par contre, ne mettait sur la voie de la syphilis
« chez une femme de trente-huit ans, atteinte d'un rhu-
« matisme très douloureux de la totalité des quatre membres,
« à marche rapide, avec gros œdème des jambes et retentis-
« sement grave sur l'état général. Nous-même et d'autres
« médecins avons orienté notre diagnostic vers l'idée de
« rhumatisme thyroïdien et de rhumatisme tuberculeux,
« sans que rien vint, par la suite, en apporter la preuve.
« Par analogie avec les faits précédents, nous avons alors
« songé à la spécificité; l'examen du sang nous a montré
« une réaction aussi forte qu'au cours d'une syphilis
« en pleine évolution, et cela sans aucun accident actuel.

« B. W..... Positif presque total.

« Desmoulière..... Positif total.

« Nous avons longtemps soigné un homme de cinquante-cinq ans qui demeura quatre ans cloué dans son lit par du rhumatisme chronique lui interdisant tout mouvement et qui mourut en 1917, à 59 ans. A la lueur de constatations ultérieures, nous avons compris rétrospectivement la nature syphilitique du rhumatisme de ce malade. Sa femme a présenté des lésions ganglionnaires et osseuses guéries par le traitement spécifique. Une de ses filles, mariée depuis dix ans est demeurée stérile. Une seconde, porteuse de grosses anomalies dentaires, a offert le type indéniable de la syphilis asthénique, répondant bien à la thérapeutique mercurielle, l'examen de son sang confirma le diagnostic; elle avait eu une jumelle morte d'accidents méningés.

« Nous n'avons pas l'impression que les médications utilisées contre la syphilis jouissent de beaucoup d'efficacité dans le rhumatisme chronique syphilitique. Si on note parfois une atténuation des douleurs ou un arrêt dans la marche du mal, l'examen impartial ne permet pas toujours d'y voir une résultante de la cure. »

Plus récemment, deux observations recueillies dans le service de M. le Dr Dufour, à l'Hôpital Broussais.

OBSERVATION XI. — Homme de soixante-cinq ans, entré pour rhumatisme, journalier, trois ans de séjour en Guyane comme soldat. Marié, sa femme n'a jamais fait de fausse-couche, trois enfants bien portants.

Ses parents étaient bien portants. Il a eu quatre frères et sœurs morts en bas âge.

Cet homme indique qu'il a eu deux attaques d'épilepsie alors qu'il était en Guyane. Il n'a jamais eu les fièvres. Aucune maladie aiguë.

Il est malade depuis quatre ans, les douleurs ont débuté brusquement dans les jambes, puis dans les bras, les petites articulations des pieds sont devenues très douloureuses, il avait de la peine à marcher. Il y a huit mois, il est devenu tout à fait impotent et obligé de s'aliter. Ses mains se sont déformées progressivement, ensuite l'épaule gauche est devenue douloureuse.

A l'examen, on constate une déformation des deux mains qui présentent l'aspect « en coup de vent » avec flexion de la troisième phalange sur les deux premières en hyperextension, l'atrophie des interosseux est considérable, de même sont atrophiés les muscles des éminences thénar et hypothénar. La flexion passive des articulations métacarpo-phalangienne est douloureuse, cependant il n'y a pas d'ankylose.

L'articulation scapulo-humérale gauche est douloureuse, l'élévation et l'abduction du bras sont limitées. L'épaule droite est normale. Les pieds sont tombants (le malade est alité depuis longtemps). Les orteils sont fléchis sans grosses déformations.

Les réflexes rotuliens sont plutôt vifs. Les pupilles réagissent bien. Fausse trépidation épileptoïde à gauche.

Pas de Babinski.

L'examen du poumon révèle une bronchite diffuse.

Les crachats ne renferment pas de B. K.

Le cœur est normal à l'auscultation.

Le pouls est à 90°.

Tension 28/8 au Pachon.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le Bordet-Wassermann est franchement positif.

Le malade, soumis aux injections sous-cutanées de quinobismuth se trouve amélioré et peut exécuter des mouvements de plus grande amplitude avec les doigts de la main et les genoux.

OBSERVATION XII. — Augustine G..., femme de quarante ans. Entrée pour douleurs.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants. Frères et sœurs bien portants.

Son mari est mort il y a huit ans d'une affection pulmonaire; elle a des enfants bien portants, jamais de fausse-couche.

Grippe à forme pulmonaire, en 1918, qui a duré treize jours, guérison complète.

Il y a deux ans, cette femme, jusqu'alors bien portante, entre à l'hôpital Broussais dans le service de M. le Docteur Bergé, parce qu'elle souffre de douleurs dans la main gauche.

Les enveloppements salicylés et le salicylate de soude à l'intérieur, provoquent une diminution des douleurs.

Elle quitte Broussais, après quinze jours.

Il y a un an, entre à l'hôpital Rothschild pour douleurs au niveau des épaules et des genoux, il n'y a ni gonflement ni rougeur. On lui refait des enveloppements salicylés.

En mars 1921, elle revient à Broussais où on lui refait des enveloppements salicylés, elle reprend du salicylate de soude.

Malgré ce traitement, cette femme souffre d'une façon presque continue et en mai 1922, elle entre de nouveau à Broussais, dans le service du Docteur Dufour.

On remarque que ses doigts ont un aspect moniliformes, il y a déjà une tendance vers l'aspect « en coup de vent » des doigts, les troisièmes phalanges s'orientent vers le bord cubital de la main.

L'examen du cœur et des poumons est négatif. De même pour le tube digestif. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Elle n'a pas de fièvre.

Les réflexes pupillaires sont normaux. Il n'y a pas de Babinski. Les réflexes rotuliens sont faibles.

La réaction de Wassermann dans le sang est partiellement positive.

On institue un traitement spécifique, sulfarsenobenzol intra-musculaire, alternant avec novarsenobenzol intraveineux.

Ce traitement, commencé le 12 mai, a amené une sédation de la douleur et les mains qui étaient très gonflées ont diminué de volume.

OBSERVATION XIII. — Femme 45 ans, couturière.

Parents très bien portants, pas de rhumatisants dans la famille. Mari bien portant, un enfant bien portant.

Cette malade a eu le typhus à quinze ans, la maladie

a duré six mois, la convalescence s'est effectuée normalement.

En 1917, la malade a eu la diphtérie.

En 1909, la malade a commencé de souffrir au niveau des articulations, début par les orteils, les deux épaules, puis les tibio-tarsiennes et successivement furent intéressés le pied droit, la main gauche, puis la colonne vertébrale dans sa partie lombaire. La malade a souffert à ce moment de névralgies sciatiques.

Les articulations étaient augmentées de volume sans déformation, sauf les mains qui commençaient à prendre des attitudes vicieuses.

La malade a successivement été soignée chez elle, où elle a suivi un traitement de bains de vapeur, puis à la Pitié, chez M. le Dr Thiroloix où on lui fit une série d'injections intra-musculaires, puis intra-veineuses de lipiodol sans résultat appréciable.

Entrée à Broussais, le 30 avril 1922, dans le service de notre Maître le Dr Dufour, la malade n'a pas de fièvre, elle ne tousse pas, digère bien; à l'auscultation, le cœur et les poumons sont normaux; réflexes pupillaires normaux (les autres réflexes ne peuvent être recherchés en raison de la douleur qu'éprouve cette femme au moindre mouvement). Malgré cela l'état général est bon.

Les membres inférieurs sont en demi-flexion, le buste est incliné en avant, la tête est fléchie sur la poitrine. La malade peut d'ailleurs renverser son buste en arrière et s'étendre sur le lit sur un plan demi-incliné, mais cette position est extrêmement douloureuse, la malade la conserve difficilement, même la nuit.

Toutes les articulations sont limitées dans leurs mouvements et douloureuses spontanément. Les mouvements passifs sont presque impossible à réaliser.

Sont intéressés : l'articulation temporo-maxillaire, scapulo-humérale des deux côtés, la colonne cervicale, la colonne lombaire, les coudes, les hanches; les genoux sont globuleux et douloureux à la palpation, les chevilles sont presque ankylosées, hallux-valgus aux deux pieds, douleurs au niveau de toutes les articulations phalangiennes, les pieds sont plats, il y a une atrophie considérable des muscles plantaires. Les muscles des membres supérieurs sont également très atrophiés, les mains accusent la déformation en « coup de vent ».

Il n'y a pas de rétraction des aponévroses palmaires et plantaires.

Les douleurs sont plus vives la nuit que le jour.

A l'entrée à l'hôpital, on pratique une ponction aseptique dans le genou gauche, on retire cinquante grammes d'un liquide séro-purulent qui est injecté dans le péritoine à trois cobayes.

L'innoculation se montre négative le 27 mai. Aucun des cobayes n'a présenté de traces de tuberculose.

Le 9 mai, on commence une série de dix injections intra-musculaires de quatre centimètres cubes de quino-bismuth alternant avec une série d'injection intra-veineuses de sulfarsénobenzol. La malade est actuellement à dix-huit centigrammes de ce produit. Elle accuse une diminution des douleurs.

OBSERVATION XIV (*communiquée par M. le Dr Hallez, Chef de clinique à l'Hospice des Enfants Assistés*). — Rhumatisme polyarticulaire chronique déformant avec irido-cyclite d'origine spécifique :

Enfant Z..., né à terme le 6 janvier 1913; premier enfant; pas de fausse-couche antérieure, nourri au sein d'une nourrice mercenaire. Rien à signaler pendant la première enfance.

Spécificité paternelle avérée, tante et grand'mère maternelles atteintes de goître basedowifié.

A l'âge de deux ans, apparition de déformations au niveau des genoux avec subluxation progressive des tibias en arrière, accompagnée de douleurs et d'un léger épanchement articulaire, le tout évoluant sans fièvre. En quelques mois, les déformations se manifestent au niveau des articulations tibio-tarsiennes, du coude droit, du poignet droit. Rétractions tendineuses secondaires et atrophie musculaire.

Ce rhumatisme déformant, mis sur le compte d'une tuberculose probable par un médecin de Lausanne en 1915, fut soigné par l'héliothérapie à Leysin.

On laisse s'accuser la flexion des genoux en mauvaise position. Il survient une tumeur dorsale du tarse bilatérale.

Cure à Aix-les-Bains mal supportée.

L'état général est cependant bon, il n'y a aucune localisation cardiaque, rien aux poumons. Pas de température.

L'enfant a subi un traitement intra-veineux de neuf piqûres de « iodaseptine » suspendu à cause de la diffi-

culté de trouver une veine accessible au niveau des articulations ankylosées, en raison de l'extension des lésions articulaires au niveau des deux coudes.

Vu par M. le Professeur Marfan et le Docteur Haliez en décembre 1921. On constate, en dehors des déformations articulaires, du dimorphisme dentaire avec érosion du bord libre des incisives, sans Hutchinson typique. On propose le traitement suivant :

Dix jours d'extrait thyroïdien dosé à 25 milligrammes et 10 gouttes d'adrénaline. Pendant les dix jours suivants :

Arséniate de soude	deux centigrammes.
Iode métalloïdique.	cinq —
Iodure de potassium.	cinq grammes.
Eau distillée.	250 centicubes.

Prendre deux cuillers à dessert par jour.

On pratique un massage doux et une mobilisation passive des articulations. L'enfant prend deux bains par semaine avec sulfurine Langlebert à 37° pendant dix minutes.

Aucune rétrocession des déformations, mais on gagne un peu d'amplitude dans les mouvements provoqués au niveau des coudes et des genoux. En janvier 1921, poussée de bronchite asthmatiforme avec râles sibilants disséminés nombreux, prédominants à l'expiration et succédant à une violente crise d'hydrorrhée nasale. Température éphémère de 38°, 4. Bon résultat obtenu par une injection sous cutanée d'adrénaline.

En juin 1921, l'enfant se plaint de voir trouble de

l'œil droit; on constate : (Docteur Poulard) iritis double qui s'est insidieusement développé; vue réduite à un quart du côté droit et deux tiers du côté gauche. L'origine syphilitique de cette lésion ne faisant aucun doute, on institue le traitement par les frictions mercurielles au niveau des articulations malades. L'enfant est envoyé à Bourbonne-les-Bains. On conseille pendant la cure de faire dix jours de frictions mercurielles, puis pendant quinze jours, le traitement suivant :

Biodurate de H G	dix centigrammes.
KI	huit grammes.
Eau de menthe.	150 —
Eau distillée.	200 —

Trois cuillerées à dessert par jour.

Reprendre ensuite le traitement thyroïdien associé à l'adrénaline.

Légère amélioration avec sédation des douleurs après le séjour à Bourbonne et le traitement spécifique.

D'octobre 1921, à mars 1922, l'enfant a reçu quinze injections de benzoate d'hydrargyre intra-musculaire.

Revu en mars 1922 par le Docteur Hallez avec M. le Professeur Lereboullet, reprise de l'opothérapie thyroïdienne alternée avec une série de piqûres de deux centimètres cubes de sulphydrargyre.

Amélioration nette du côté des membres inférieurs, possibilité de faire quelques pas à l'aide de béquilles. Amplitude augmentée des mouvements articulaires aux genoux et aux tibio-tarsiennes.

En mai 1922, nouvelle fluxion articulaire au niveau du poignet droit et du coude gauche avec recrudescence de l'iridocyclite. On renforce le traitement spécifique par une nouvelle série de piqûres de benzoate d'hydrargyre et des suppositoires d'arséno-benzol dosés à cinq, puis à dix centigrammes.

L'enfant quitte Paris à cette époque.

L'examen radioscopique pratiqué par M. le Docteur Delherm, radiographe des hôpitaux, montre :

1^o Genoux : décalcification générale des épiphyses qui donnent une image un peu floue et qui ont des contours irréguliers. Subluxations. Diminution appréciable de l'espace interarticulaire sans soudure;

2^o Poignet droit : décalcification marquée. Diminution des espaces interarticulaires. Pas d'ankylose osseuse.

N. B. — On n'a pu obtenir un profil correct de la main en raison de l'état du coude.

3^o Coude : le coude droit est également décalcifié il n'y a pas d'ankylose osseuse. Le coude gauche présente un espace interarticulaire très peu visible. On ne peut néanmoins affirmer qu'il existe une ankylose osseuse.

OBSERVATION XVI (*communiquée par le Dr Lamy, assistant d'orthopédie à l'Hospice des Enfants Assistés*). — Enfant René B..., 12 ans. Rhumatisme chronique.

L'enfant est né le 17 septembre 1910.

Le père est mort à trente ans de paralysie générale, deux ans après la naissance de l'enfant.

La mère n'a jamais fait de fausse-couche, ni présenté d'accident spécifique; elle suit un traitement anti-syphilitique.

Cet enfant qui pesait quatre kilogrammes à la naissance a été nourri au sein par sa mère; il s'est toujours bien porté, il a marché à onze mois, n'a jamais eu de convulsions.

A sept ans, on lui a enlevé des végétations adénoïdiennes.

Rougeole à huit ans en 1918.

Le 20 juillet 1921, la mère remarque, par hasard, que le genou de l'enfant est gros; l'indolence est complète.

Le 24 juillet, l'enfant est conduit à l'Hôpital des Enfants Assistés, et il est examiné par M. le Dr Lamy, assistant d'orthopédie, qui constate au niveau du genou droit un gonflement considérable de l'article. L'épanchement est abondant; choc rotulien. Température locale plus élevée au niveau du genou droit que du genou gauche. Les culs de sacs synoviaux sont un peu épaissis. Épaississement de l'extrémité inférieure du fémur, surtout du condyle interne. Les mouvements sont conservés. Cependant, il y a une légère limitation de la flexion.

L'indolence est complète.

Pas d'atrophie musculaire.

Comme la mère, conseillée par un médecin, avait déjà fait suivre « à titre préventif » un traitement d'hectargyre, on renforce ce traitement.

Le 24 octobre 1921, l'enfant revient à la consultation, il a reçu vingt-sept injections de Biiodure de Mercure.

L'articulation est redevenue normale.

L'hydarthrose a disparu.

Les mouvements articulaires ont repris leur amplitude normale.

Il reste un léger épaissement des culs de sac synoviaux.

Le 12 décembre, l'enfant est revu après une interruption du traitement; depuis quinze jours, l'hydarthrose a reparu avec quelques petites douleurs.

On reprend le traitement.

Le 1^{er} février, la synoviale écrasée sur le ménisque, à la partie inférieure est douloureuse. La liberté des mouvements est absolument complète.

Le 3 avril 1922. Excellent état.

En mai, l'enfant a la diphtérie; à cette occasion on lui fait une injection de serum et dans les jours qui suivent l'hydarthrose du genou droit réapparaît.

La radiographie ne décèle aucune lésion osseuse, il n'y a même pas de décalcification des epiphyses articulaires.

*
* *

En résumé, chez des malades d'âges divers, souvent très jeunes, on constate des lésions articulaires prédominant aux extrémités distales des membres, les doigts sont rejetés « en coup de vent » vers le bord cubital de la main,

les articulations métacarpo-phalangiennes sont en demi-flexion, aux pieds, on observe l'hallux valgus, les extrémités osseuses sont luxées les unes par rapport aux autres, en raison des rétractions tendineuses et ligamentaires et des atrophies musculaires. Les grandes articulations sont également intéressées, et, bien que plusieurs soient successivement atteintes pendant l'évolution de la maladie, les lésions finissent par devenir symétriques.

Si chez ces malades on mobilise les articulations lésées on perçoit des frottements, des craquements, on a la sensation nette d'une subluxation, les mouvements passifs deviennent douloureux lorsqu'ils prennent une certaine amplitude, les mouvements actifs sont limités. La tendance aux déformations va s'accroissant, l'ankylose complète est exceptionnelle et ne s'observe que tardivement, lorsque les cartillages diarthrodiaux ont été détruits.

Dans la majorité des cas, le malade, s'il s'agit d'un adulte, indique que le début a été insidieux, souvent sans fièvre; il avait des douleurs au niveau des orteils ou des doigts, puis s'est installé un gonflement progressif des articulations. Par la suite, le gonflement initial s'est en partie résorbé, il n'en est resté qu'un épaissement de la synoviale et des tissus périarticulaires avec limitation des mouvements due aux rétractions tendineuses et aux subluxations.

Les douleurs sont continues, ou procèdent par crises plus ou moins rapprochées. Il y a des rémissions dans l'évolution de la maladie qui est longue. La mort survient par suite d'une infection intercurrente, de la tuberculose, rare en ville, ou de la cachexie lorsque l'extension des

lésions empêche le malade de se mouvoir et l'oblige à garder le lit.

Chez l'enfant, le début peut être plus insidieux encore, comme le montre une de nos observations. Le lieu d'élection pour les premières manifestations du rhumatisme articulaire chronique est le genou.

Une description parfaite du rhumatisme chronique, nous est fournie par le poète Scarron.

De lui-même, Scarron trace ce portrait :

« J'ai trente-huit ans, j'ai eu la taille bien faite, quoique
« petite; ma maladie l'a raccourcie d'un bon pied. Ma
« tête est un peu grosse pour ma taille. J'ai le visage assez
« plein pour avoir le corps décharné, des cheveux assez
« pour ne point porter perruque; j'ai la vue assez bonne
« quoique les yeux assez gros; je les ai bleus; j'en ai un
« plus enfoncé que l'autre du côté où je penche la tête.
« J'ai le nez d'assez bonne prise. Mes dents autrefois
« perles carrées sont de couleur de bois et seront bientôt
« de couleur d'ardoise; j'en ai perdu une et demie du
« côté gauche, et deux et demie du côté droit et deux un
« peu égrignées.

« Mes jambes et mes cuisses ont fait d'abord un angle
« obtus et puis un angle égal, et enfin un aigu; mes cuisses
« et mon corps en font un autre et ma tête se penchant
« sur mon estomac, je ressemble pas mal à un Z.

« J'ai les bras raccourcis aussi bien que les jambes,
« et les doigts aussi bien que les bras; enfin, je suis un
« raccourci de la misère humaine. Voilà à peu près, comme
« je suis fait ».

Deux cures à Bourbon-l'Archambault en 1641 et 1642 n'adoucirent point ses maux, non plus que les bains de tripes qu'il prit à l'Hôpital de la Charité.

Son épitaphe rédigée par lui-même, complète cette auto observation :

« Celui qui cy maintenant dort
« Fit plus de pitié que d'envie
« Et souffrit mille fois la mort
« Avant que de perdre la vie.
« Passant, ne fais ici de bruit
« Garde bien que tu ne l'éveilles;
« Car voici la première nuit
« Que le pauvre Scarron sommeille. »

Rien ne manque à cette pittoresque description, pas même l'élément douleur.

Son contemporain, Tallemant des Réaux, déclare que Scarron fut victime d'une drogue de charlatan qui le rendit perclus en voulant le guérir d'une maladie de garçon. Blennorrhagie ou Syphilis? Nous ne le saurons sans doute jamais.

La radiographie montre que l'hypertrophie des articulations n'est qu'apparente; c'est déjà ce qu'avaient constaté MM. Launois, Oettinger et Achard en 1896.

Il n'y a pas d'augmentation de volume des extrémités osseuses articulaires. Ces dernières présentent de l'ostéité raréfiante, elles sont très transparentes aux Rayons X. La production d'ostéophytes n'est pas la règle dans les

formes polyarticulaires du rhumatisme déformant progressif que nous attribuons à la syphilis. La saillie osseuse que l'on observe le plus facilement au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes est due à la subluxation de la tête des métacarpiens.

Les espaces interarticulaires sont longtemps respectés, ce n'est que plus tard, lorsque survient l'ankylose, par usure des cartillages, qu'on peut observer l'engrènement réciproque des extrémités articulaires.

Devant la Société d'Anatomie, le 30 avril 1897, notre maître, le Docteur Dufour, apporte la preuve anatomique dans le rhumatisme chronique déformant, il y a peu de relations entre l'état des surfaces ostéo-cartilagineuses et la forme extérieure de l'articulation. Grosses déformations et peu de désordres intra-articulaires. Les pièces présentées ont été déposées au Musée Dupuytren.

L'anatomie pathologique du rhumatisme chronique déformant polyarticulaire a été faite par Hunter, Redfern, Lobstein de Strasbourg, qui, en 1833, avait déjà remarqué la fragilité du tissu osseux chez les rhumatisants chroniques, Colles, Adams, Deville, Broca, Zeis, Meyer, Otto Weber, Cornil, Ranvier, Vergely, Charcot, et plus récemment par les Professeurs Pierre Marie et Léri, par Mauclaire et Burnier en France, par Nicols et Richardson, par Goldthwait, en Amérique.

Les lésions articulaires consistent en inflammation et vascularisation de la synoviale; prolifération du tissu fibreux au niveau des ligaments articulaires; état velvétique du cartillage diarthrodial qui dégénère, des érosions apparaissent à sa surface. Dans les lésions anciennes, on a

trouvé une éburnation des extrémités articulaires et une raréfaction du tissu osseux sous-jacent.

Au début, l'atrophie osseuse est sous-chondrale, plus tard l'épiphyse entière est atteinte d'ostéite raréfiante.

Le processus de ces lésions ne diffère pas d'avec celui du rhumatisme aigu passager, nous ne saurions nous en étonner puisque chaque tissu a un mode de réaction qui lui est propre, nous avons une atteinte de la synoviale, nous avons une réaction de la synoviale toujours semblable à elle-même. Ce n'est donc pas sur l'anatomie pathologique que peut se fonder une théorie pathogénique du rhumatisme chronique déformant progressif. C'est précisément le manque de caractère des lésions qui a permis à Poncet et à ses élèves d'édifier la théorie du rhumatisme tuberculeux inflammatoire.

Tous les rhumatismes dont l'étiologie était douteuse furent, par Poncet, classés comme tuberculeux et mis sur le compte de « l'empoisonnement tuberculeux ».

De plus, M. le Professeur Poncet avait remarqué que ses malades mouraient tuberculeux. Nous ne saurions nous étonner de voir la tuberculose intervenir quelquefois comme terme d'une maladie qui immobilise des individus pendant de longues années dans des conditions hygiéniques souvent déplorables.

Ce qu'on a accordé à la tuberculose sans preuves suffisantes doit être rendu à la syphilis. La coïncidence de la scrofule et des rhumatismes chroniques déjà signalées par les anciens auteurs, nous permet de penser que, de même que certains syndromes scrofuleux ont été rattachés à la syphilis héréditaire, de même certaines formes de

rhumatismes chroniques pourraient avoir la même étiologie.

Nous ne voulons pas ériger en dogme que tous les rhumatismes chroniques soient d'origine syphilitique, nous avons voulu montrer que certains cas de rhumatisme polyarticulaire déformant progressif dépendaient de la syphilis acquise ou héréditaire, qu'ils en étaient en quelque sorte une manifestation atténuée.

Dans les cas que nous avons observés, une enquête minutieuse nous permet d'écarter l'hypothèse d'une étiologie tuberculeuse.

Quant à l'influence du froid humide, elle ne peut être invoquée pour le plus grand nombre de nos observations. Nos malades, interrogés, ne l'ont pas mentionnée sauf la femme Augustine G..., qui est vendeuse de journaux et exposée à toutes les intempéries.

Le froid humide peut être une cause prédisposante, mais il ne peut, à lui seul, réaliser le rhumatisme polyarticulaire progressif.

Dans nos observations, à défaut d'autres commémoratifs, nous avons retrouvé la syphilis dans les antécédents de nos malades, Wassermann positif, syphilis notoire chez un conjoint, manifestations qui « sentent » la syphilis comme le vitiligo, l'aortite survenant sans cause.

Si ces arguments en faveur d'une étiologie syphilitique paraissent insuffisants pour les adultes qui ont été la proie d'infections variées au cours d'une longue existence, nous avons les observations recueillies chez l'enfant; là, pas d'antécédents de maladies aiguës, pas de tuberculose (cuti-négative), pas de signe d'auscultation, mais

il y a un père syphilitique, une mère qui a fait plusieurs fausses-couches, présence d'autres lésions dont l'origine spécifique ne fait aucun doute, etc..., et enfin la réaction de Bordet-Wassermann est positive. Il s'agit toujours de syphilis atténuée : hérédo syphilis tardive, syphilis conceptionnelle, syphilis latente méconnue.

Notre but, en rassemblant ces cas de rhumatisme polyarticulaire déformant progressif a été de montrer que, si chez l'adulte, il est difficile, sinon impossible d'obtenir une régression des déformations qui sont en quelque sorte cicatricielles, il faudra néanmoins instituer chez ces malades un traitement antisiphilitique prolongé lorsqu'on aura pu mettre en évidence la spécificité; si l'on n'obtient pas de modifier les lésions fixées, on aura la satisfaction de prévenir leur extension, et de diminuer la douleur.

Chez l'enfant atteint de rhumatisme à début insidieux, il faut sans tarder rechercher la réaction de Bordet-Wassermann et les stigmates d'hérédo syphilis; de l'institution d'un traitement énergique et précoce dépendra la régression des symptômes articulaires, sans parler de l'avantage qu'il y a à déceler une syphilis ignorée.

A côté du traitement spécifique qui doit être dominant, on utilisera les injections intra-musculaires ou sous-cutanées de solutions radio-actives de bromure de Thorium X, dont les propriétés ont été étudiées par M. le Professeur Gabriel Petit (d'Alfort) et qui ont donné des résultats favorables au point de vue sédation de la douleur, entre les mains du Docteur André Léri.

Le bromure de Thorium X offre l'avantage, sur le

Radium, d'être plus radio-actif et d'épuiser rapidement cette radio-activité, ce qui évite d'introduire dans l'économie une substance dont les effets ultérieurs ne peuvent être mesurés.

La médication iodée sera souvent utile.

Le corps thyroïde et l'opothérapie ovarienne trouveront leurs indications dans les cas où il y aura des symptômes de dysthyroïdie et de dysovarie; ce qui est fréquent dans la syphilis héréditaire.

Dans les périodes de poussées articulaires, la médication salicylée, les badigeonnages avec la pommade au dermatol sont recommandés par MM. les Professeurs Tessier et Roques.

De plus, il ne faut pas oublier que le rhumatisant chronique doit se mouvoir; Charcot insistait déjà beaucoup sur ce point. L'atrophie musculaire et la tendance à l'ankylose seront combattues par la mobilisation passive et les exercices actifs. La mécanothérapie est à cet égard plus utile que la gymnastique médicale manuelle; elle permet un dosage plus précis de la quantité et de la qualité des mouvements articulaires.

L'électricité ne donne que des résultats inconstants; par contre, l'ionisation médicamenteuse avec l'Iodure de Potassium, dont la technique a été mise au point par le Docteur Leduc, a donné des résultats très satisfaisants au Docteur Sandoz qui a pu enrayer le développement des déformations chez une jeune fille de vingt-deux ans atteinte de rhumatisme progressif.

Les agents thermiques, la chaleur pénétrante (diathermie) sont d'excellents moyens de calmer les douleurs et de diminuer le gonflement périarticulaire.

CONCLUSIONS

Jusqu'à présent, dans tous les cas qu'il nous a été donné d'observer arrivés à la chronicité, aucune tentative sérieuse de traitement spécifique n'avait été faite au début de la maladie, ce qui tend à prouver qu'on ne peut prématurément conclure à la défaillance de la thérapeutique spécifique.

Sans nier l'influence d'autres infections, voire même de certaines intoxications dans l'étiologie du rhumatisme polyarticulaire déformant, il faut, devant des malades présentant des poussées du rhumatisme polyarticulaire, avoir dans l'esprit que ce rhumatisme peut être un de ceux qui deviennent chroniques et déformants et rechercher chez eux la syphilis, en appliquer le traitement. Ce peut être pour ces malheureux, presque fatalement condamnés à l'impotence, l'unique chance de mettre un terme à l'évolution de leurs maux.

Nous aurons fait œuvre utile si nous avons pu contribuer à montrer le rôle de la syphilis dans l'étiologie du rhumatisme polyarticulaire chronique progressif.

BIBLIOGRAPHIE

- Landré-Beauvais.** — Existe-t-il une goutte asthenique primitive? (Paris 1800).
- Heberden.** — Commentaires sur l'histoire des maladies (Francfort 1804).
- Haygarth.** — Clinical history of the nodosities of the joints (London 1813).
- Sydenham.** — Œuvres, traduction Jouault 1816.
- Garrod.** — Medico-chirurgical transactions (1848).
- Deville.** — Bulletins de la Société Anatomique (1847-1848).
- Redfern.** — On abnormal nutrition on articular cartilage (Edinburg monthly journal 1849).
- Virchow.** — Archiv. für path. Anat. tom. IV 1852.
- Charcot.** — Rhumatisme articulaire chronique (Thèse inaugurale 1853).
Leçons cliniques sur les maladies des vieillards 1874.
- Trastour.** — Du rhumatisme noueux. Thèse inaugurale 1853. Le mouvement malgré la douleur dans le rhumatisme chronique 1886.
- Vidal.** — Considération sur le rhumatisme chronique primitif. These inaugurale 1855.
- Broca.** — Bulletin de l'Académie de Médecine 1855. Tome XX.
Bulletin de la Société Anatomique. Tome XXIV. page 438.
- Lasegue.** — Archives générales de Médecine (6 août 1856). Etudes médicales. Tome II, page 1132.
- Trousseau.** — Cliniques de l'Hôtel-Dieu.
- Adams.** — A treatise on rheumatic gout or chronic rheumatic arthritis (London 1857).
- Plaisance.** — Thèse de doctorat 1858.

- Otto Weber.** — Arch. für Pathol. Anat. tom. XIII. 1858.
- Fuller.** — Traité sur le rhumatisme, la goutte et la sciatique 1860.
- Noel Gueneau de Mussy.** — Bulletin de Therapeutique (septembre 1864). Cliniques médicales. Tome I, page 54 (1864).
- Cornil et Ranvier.** — Manuel d'histologie pathologique, page 460.
- Cornil.** — Coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique (Société de Biologie 1863).
- Ollivier et Ranvier.** — Etude sur l'histologie de l'arthropatie rhumatismale (Société de Biologie 1865).
- Vergely.** — Rhumatisme articulaire chronique. Thèse de Paris 1866.
- Jaccoud.** — Cliniques médicales de la Charité. Paris 1867.
- Gubler.** — in these de Powel (1874).
- Moncorvo** de Rio-de-Janeiro. — Rhumatisme nouveau des enfants. (traduction Mauriac 1880).
- Lacase-Dori.** — Rhumatisme nouveau de l'enfant. Thèse de Paris 1891.
- Boudet** de Paris, in these **Lacase-Dori.**
- L. Th. Mathieu.** — Rhumatisme nouveau chez les sujets jeunes. Thèse de Paris (1884).
- Brissaud.** — Gazette hebdomadaire 1885, page 153.
- Clutton.** — Symmetrical synovitis of the knee in hereditary Syphilis. The Lancet 1886.
- Pitres et Vaillard.** — Revue de médecine 1887, page 456.
- Bouchard et Le Gendre.** — Communication à la Société Médicale des Hôpitaux 1892.
- Régimbeau et Vedel.** — Nouveau Montpellier Médical 1892.
- Cery.** — Thèse de Nancy 1892.
- Max Schuller.** — Recherches sur l'étiologie du Pseudo Rhumatisme Déformant. (Berl. klin. Wochenschrift 4 sept. 1893).
- Pierre Marie.** — Les rhumatismes déformants, 9 janvier 1895.
- Leredde.** — Mémoire inédit de médecine moderne (1896).
- Oettinger.** — Therapeutique du rhumatisme et de la goutte (1896).
- Launois Oettinger et Achard.** — Société Médicale des Hôpitaux, 12 juin et 10 juillet 1896.

- Still.** — Royal Society of Medicine (Londres 1896).
- Barjon.** — Thèse inaurale 1897.
- Poncet.** — Le rhumatisme tuberculeux (communication à l'Académie de Médecine 1897).
- Dufour.** — Bulletin de la Société d'Anatomie 1897 (séance du 30 avril).
- Potain et Serbanesco.** — Diagnostic de la goutte et du rhumatisme par la radiographie (Académie des Sciences 1896).
- Barjon et Destot.** — Société des Sciences Médicales de Lyon 1896.
- Fournier.** — Traité de la Syphilis 1899.
- Mayet et Jouve.** — Revue générale in Gazette des Hôpitaux juin 1902.
- Jouve.** — Thèse de Lyon 1902.
- Goldwaith.** — Boston Medical and Surgical Journal 1904 Cl. 363; 1902 CXLVI 299; 1899 CXLI 128, 142.
- Mery.** — Société Médicale (Gazette des Hôpitaux 21 avril 1903).
- J. Teissier.** — Rapport au Congrès de Médecine de Liège 1905).
- André Leri.** — Congrès de Lyon 1906.
- J. Teissier et Roques.** — Traité de Médecine de Brouardel Gilbert (1906).
- Haushalter.** — Société de Médecine de Nancy 1906.
- André Leri.** — Journal *La Clinique* 2 et 3 octobre 1908.
- Nichols et Richardson.** — Journal of Medical Research 1909, XXI, page 158.
- Pierre Marie et André Leri.** — Société Médicale des Hôpitaux, 11 juillet 1912, 11 juillet 1913.
- Dufour et Ecalé.** — Société Médicale des Hôpitaux, 22 décembre 1911.
- André Leri.** — La nodosité d'Heberden (Jal. Med. Français 15 mai 1912
- Rathery,** in manuel de la nutrition Debove, Achard, Castaigne (Paris, Masson 1912). Journal Médical Français, 15 mai 1912.
- Maucclair et Burnier.** — Archives générales de chirurgie, 25 mars 1912.
- Le Fort.** — Congrès de Gynecologie de Lille 1913.
- Ch. Fouquet.** — Société de Dermatologie et de Syphiligraphie 1913.

H. Dufour. — Société Médicale des Hôpitaux (12 mars 1915).

André Leri. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1916-17 n° 2.
La lombarthrie, rhumatisme lombaire chronique (Presse Médicale,
28 février 1918).

Mery et M^{me} Genin. — Société de Pédiatrie, janvier 1919.

H. Dufour. — Société Médicale des Hôpitaux, 21 juillet 1921.

Merklen. — Société Médicale des Hôpitaux, 21 juillet 1921.

J. Teissier et Mayet. — Bulletin Médical. Classification des rhumatismes chroniques, 26 et 29 avril 1922.

André Leri. — Le thorium X dans le rhumatisme chronique. (Bulletin Médical, 26 et 29 avril 1922).

Imp. C. Pailhé, 7, rue Darcet — Paris.
